

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Бледнов А.В., Сачек М.Г.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В литературе не так много публикаций, посвященных лечению воспалительных инфильтратов мягких тканей. Инфильтрат - очаговое или диффузное скопление в ткани клеточных элементов, которые не встречаются в ней в нормальных условиях; чаще всего служит одним из проявлений воспалительной реакции. Этот термин используется также для обозначения участка ткани, в который введено под давлением какое-либо лекарственное вещество[1]. При кажущейся простоте, неправильная тактика приводит к возникновению большого количества осложнений. Подходы к лечению включают следующие разделы: профилактика развития инфильтратов, лечение в ранних сроках развития заболевания, хирургическое лечение осложнений[2].

Под профилактикой возникновения инфильтратов в первую очередь принято понимать предупреждение развития осложнений после введения лекарственных средств, правила соблюдения асептики, техника манипуляций.

Исходом лечения инфильтратов часто является абсцедирование. Локальное распространение инфекции проявляется в виде лимфангита, лимфаденита, флегмоны. Своевременное вскрытие гнойника и адекватное дренирование с

применением антибиотиков чаще всего приводит к излечению. Лечение осложнений требует ресурсов и затрат, поэтому разумнее было бы предотвратить образование абсцесса, ускорить выздоровление пациента. Для этого необходимо правильно лечить инфильтрат в фазе серозного воспаления, предотвратить переход воспалительной инфильтрации в гнойное расплавление.

Цель. Изучить результаты лечения больных с воспалительными инфильтратами мягких тканей различной этиологии

Задачи.

1. Изучить причины нагноения у больных с воспалительными инфильтратами.

2. Выработать оптимальную тактику для лечения больных с воспалительными инфильтратами

Материалы и методы. Были пролечены 26 больных с первичным диагнозом воспалительный инфильтрат, госпитализированные в ВОКБ в 2009г. Основная часть поступала в поздние сроки развития заболевания и была оперирована уже при поступлении: вскрытие и дренирование гнойников мягких тканей различной локализации. Назначались антибиотики по эмпирической схеме, после получения результатов микробиологических посевов – по чувствительности выделенной микрофлоры. Только 5 человек были пролечены консервативно.

Результаты и обсуждение. Частной причиной развития воспалительных инфильтратов являлись гнойничковые заболевания кожи. Так 6 пациентов сообщают о возникновении инфильтрата после выдавленного фурункула или бритья. Из них трое в ранние сроки обратились за медицинской помощью, им было рекомендовано местное применение жирорастворимых мазей. Остальные за медицинской помощью не обращались. Через двое суток у всех выполнялось вскрытие и дренирование флегмон.

Другой частой причиной развития инфильтратов (8 пациентов) являлись состояния после травмы. На этом месте обычно развивается отек тканей, кровоизлияние или формируется гематома. Ни одно из этих состояний не является прямым показанием для оперативного лечения. Геморрагическое пропитывание тканей важно было дифференцировать от скопления крови и избежать инфицирования, т.к. это привело бы к расширению зоны поражения. Чаще всего травмировались нижние конечности. Показанием для вскрытия явились признаки инфицирования, угроза сдавления жизненно важных образований. В 2-х случаях оперативное лечение было связано с ранними пункциями и последующим внедрением инфекции.

У 4-х пациентов причиной развития инфильтрата были ранее проведенные операции (воспалительный инфильтрат постоперационного рубца) и наличие инородных тел (лигатур). В остальных случаях (7) больные поступали по поводу постинъекционных осложнений ягодичной области, из них четверо применяли жирорастворимые мази для лечения воспалительных инфильтратов.

Таким образом, причинами нагноения тканей после возникновения воспалительных инфильтратов было позднее или неадекватное лечение в амбулаторных условиях, поздняя госпитализация. Для улучшения результатов необходимо лечение определить желаемые цели. В фазе серозного воспаления необходимо остановить повреждение тканей, уменьшить отек, улучшить кровообращение и иннервацию. Контроль иммунного ответа (обеспечить

нормоэргичность) будет второй важной целью (отрегулировать проницаемость сосудов, подавить миграцию нейтрофилов, высвобождение ферментов) При этом ключевым является понимание, что абсцедирование – это не только действие бактерий, но и гиперэргическая иммунная реакция.

Для общего лечения мы применяли антигистаминные препараты, НПВП, антибиотики, антикоагулянты, для местного - влажновысыхающие полуспиртовые повязки, йодопиррон, беталин, димексид, диоксидин. Очень эффективным методом являлось местное введение лекарственных препаратов: региональная антибиотикотерапия (внутриартериальная, внутривенная ретроградная); транскутанно с использованием электрофореза или ультразвука (димексидом, диоксидином); применение протеолитических ферментов. Дополняла лечение физиотерапия: бестепловое УВЧ, КВЧ, УФО, ультратонотерапия.

В амбулаторных условиях больным с воспалительными инфильтратами можно рекомендовать применение спиртоввысыхающего компресса, который состоит из спирта (водки) с добавлением нескольких капель йода и половины чайной ложки соли. Его можно оставлять до высыхания. При угрозе ожогов лучше не использовать йод. При травме возможно применение водорастворимых мазей с полуспиртовым раствором или йодопионом. Применение йодной сетки проверено временем, ее тоже можно рекомендовать. Что касается масляно-спиртовых компрессов, то от их применения желательно воздержаться. Для профилактики осложнений гнойничковых заболеваний кожи можно также использовать влажновысыхающие повязки или растворы антибиотиков (цефалоспорины и полусинтетические пенициллины).

Заслуживает обсуждения и осознанная тактика вызывания абсцедирования и применение местно на интактную кожу жиросодержащих мазей (Вишневского, ихтиоловой и др.). В связи с тем, что образуется дефект мягких тканей, возможно развитие осложнений в области инфильтрата и в отдаленных областях, то такая тактика не может приветствоваться. Обоснованной является выжидательная тактика, иногда также с форсированием разрешения. Однако желательным исходом является лечение инфильтрата и сохранение структуры органов.

Выводы.

1. Частой причиной развития у больных гнойных осложнений являлось позднее и неадекватное лечение воспалительного инфильтрата. Активная хирургическая тактика являлась основным методом лечения на стадии нагноения.

2. Раннее адекватное лечение инфильтратов позволяет снизить затраты на лечение и предотвратить необходимость хирургического лечения. Местное лечение должно включать влажновысыхающие повязки на основе спирта или комплексных соединений йода, противовоспалительное лечение общее и местное, регионарное, внутрисосудистое и транскутанное введение антибиотиков и антисептиков, физиолечение.

Литература:

1. Ерюхин, И.А., Белый, В.Я., Вагнер, В.К. Воспаление как общебиологическая реакция // И.А. Ерюхин, В.Я. Белый, В.К. Вагнер // Ленинград «Наука», 1989 - 264 с.
2. Стандарты диагностики и тактики в хирургии /под общей редакцией А.Швейко // Красноярск: 2000 - 148 с.